CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

MUSCULAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Mars 1904

PAR

J. CARDOT

Né à Djidgelli, le 8 août 1879

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. RAUZIER, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

Nous dédions ce modeste travail

A LA MÉMOIRE DE NOS GRANDS-PARENTS

A NOTRE GRAND'MÈRE

A NOTRE PÈRE, A NOTRE MÈRE

Bien faible témoignage de notre grande affection et de notre profonde reconnaissance.

A NOS FRÈRES, A NOTRE SŒUR

J. CARDOT.

A TOUTE NOTRE FAMILLE

A NOS AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR COCHEZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

J. CARDOT.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE D'ALGER

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

J. CARDOT.

A NOS CHERS AMIS

MARIO JACQUET

ET LES DOCTEURS F. BONFILS, A. MEYER, P. FABRY

P. CHAMPROUX

Au seuil de la vraie vie qui s'ouvre aujourd'hui en souvenir des heures, tristes ou gaies, passées ensemble.

J. CARDOT.

INTRODUCTION

Durant nos études médicales, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des cas de kystes hydatiques musculaires. Nous fûmes toujours frappé de la difficulté avec laquelle ils étaient diagnostiqués, le plus souvent même l'intervention seule révélant la nature du mal.

C'est alors que nous eûmes l'idée de traiter cette question dans notre thèse inaugurale ; question bien aride, il est vrai, puisque après l'excellent travail du D[r] Marguet il ne restait plus grand'chose à dire.

Nous espérons, cependant, que nos juges voudront bien nous tenir compte de nos efforts et nous accorder toute leur indulgence.

Nous essayerons tout d'abord de faire aussi complètement que possible, bien que succinctement, l'histoire des kystes hydatiques musculaires, partie pour laquelle la thèse de M. Marguet nous aura été d'une utilité incontestable.

Puis, nous occupant de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection, nous nous efforcerons de mettre en lumière les différentes théories émises à ce sujet, après les avoir discutées. Comment l'échinocoque après avoir été ingéré vient-il se loger dans tel ou tel muscle et par quel processus ; quelles en sont les causes déterminantes, les lieux d'élection de la tumeur et enfin sa fréquence.

Dans le courant de ce chapitre nous essayerons de montrer,

en outre, que les kystes hydatiques du muscle sterno-cléido-mastoïdien existent, bien que rares, à l'encontre de ce qu'avait soutenu M. Marguet en 1888, dans sa thèse inaugurale.

Nous passerons ensuite en revue les lésions produites par le T. echinococus, et la constitution de la poche.

Nous ferons la symptomatologie de la maladie, son diagnostic, en montrant de quelle manière il est possible d'éviter de la confondre avec d'autres tumeurs musculaires.

Quelques mots du pronostic, le traitement, et nous terminerons en publiant quelques observations inédites, parmi lesquelles quelques-unes nous sont personnelles.

Enfin nos conclusions.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude à tous nos maîtres d'Alger et de Montpellier.

M. le professeur Tédenat nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous l'en remercions sincèrement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

MUSCULAIRES

HISTORIQUE

La connaissance du kyste hydatique remonte à la plus haute antiquité.

C'est ainsi qu'Hippocrate et Galien en avaient observé des cas chez les animaux ; mais aucune description réellement scientifique et surtout ayant trait à l'homme n'en fut faite par ces pères de la Médecine.

Beaucoup plus tard, Astée les décrit nettement chez l'homme, mais il ne mentionne que les kystes hydatiques des organes abdominaux.

Il faut arriver à la fin du XVIIme siècle pour entendre parler de kystes hydatiques musculaires.

C'est en effet à Godfroy Bidloo de Rotterdam, en 1699, que revient l'honneur d'avoir publié la première observation sur un kyste hydatique suppuré du muscle trapèze

Il s'agissait d'un marchand, Jacob van Helmont, âgé de

32 ans, qui portait depuis six ans environ une grosseur dans la partie supérieure de l'épaule droite.

Après avoir fait une large incision, et une fois le pus évacué, Bidloo rencontra avec ses doigts, dans le fond de la plaie, des grosseurs de volume et d'aspect différents au nombre d'une quarantaine, qu'il enleva.

L'histoire des kystes hydatiques musculaires venait de naître.

Pendant près d'un siècle, les annales médicales ne relatent plus rien de bien probant à ce sujet, lorsque Jannin, chirurgien à Vallières, en signale un cas nouveau dans le Journal de Sédillot pour l'année 1805 sous le titre : « *Fait pratique de chirurgie concernant un dépôt d'hydatides à la région lombaire droite* ».

La question semble alors avoir acquis son élan définitif et nous trouvons successivement divers cas publiés par Baird (1821), John Baron, Mélier (1825), Græfe (1827), Andral (1829), Held (1830) et Dupuytren (1833).

En 1865, dans un rapport à la Société anatomique, M. Fernet rapporte 14 observations.

En 1866, Desprès, dans sa thèse d'agrégation, en cite 6 autres cas nouveaux.

Puis, à la suite, en 1869, Orillard fait la première thèse, limitée à l'étude des kystes hydatiques des muscles et relève 30 cas.

Le travail de Bergman sur « le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques externes », paru dans le *Dorpator médical Zeitschrf....* 1870-1871, travail dans lequel nous trouvons 48 cas concernant les muscles.

Le Mémoire de Boyron paru en 1870 dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Les leçons cliniques de Gosselin (1870) dans lesquelles

l'auteur dit : « C'est une des productions les plus curieuses que nous rencontrions dans l'organisme. »

Les thèses de Brassart (1877) et de Martinet (1880) ; thèses dans lesquelles ces auteurs, bien que s'occupant des kystes hydatiques externes, rapportent quelques cas de kystes hydatiques musculaires.

Le travail de Tavel en 1880 publié en Allemagne ; la thèse de Bourel-Roncière, en 1884, sur les kystes hydatiques musculaires.

C'est alors que nous arrivons au remarquable travail de Marguet, en 1888, qui, dans sa thèse inaugurable soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, consacre de longues pages à l'étude des kystes hydatiques musculaires.

Dans cet ouvrage : *Kystes hydatiques des muscles volontaires. Histoire naturelle et clinique,* l'auteur a repris la question depuis ses origines ; il nous fait toute l'histoire du Tœnia echinococcus, nous explique par quel processus il arrive jusqu'aux muscles ; enfin, après avoir montré combien le diagnostic en est difficile, il expose les différents procédés curateurs. Nous trouvons réunies dans cette thèse 130 observations de kystes hydatiques musculaires, les unes personnelles, les autres remontant aux origines mêmes de la question.

Depuis la thèse de Marguet, et grâce à lui, la question a été réellement mise au point, car avant lui elle tenait toute entière dans quelques mémoires ou quelques thèses rassemblant à grand'peine une cinquantaine d'observations, et encore tous ces travaux étaient-ils épars et aucun d'eux ne s'était attaché à embrasser tout le sujet. C'est, du reste, ce qui faisait dire à Audiat en 1866 : « Le chapitre des kystes dus à la présence de l'échinocoque dans les muscles manque à l'histoire des tumeurs musculaires ».

Pendant ces dernières années la question a été complétée par divers auteurs de tous pays, parmi lesquels nous relevons en France M. le professeur Tédenat, à qui nous devons, du reste, une grande partie des observations que nous-mêmes nous présentons à la fin de ce travail.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Aux premières époques de la connaissance des kystes hydatiques, les opinions les plus diverses furent émises pour en expliquer la provenance ; ces opinions n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

Bidloo et Grœze en voyaient le point de départ dans une maladie des vaisseaux lymphatiques et de leurs dilatations. Brera émettait l'avis que les hydatides se formaient dans l'intérieur des vaisseaux.

En 1700, Nicolas Andry avança que leur production, ainsi que celle de toute maladie produite par des vers était due à l'introduction des œufs qui remplissent l'atmosphère.

Vallisnieri croyait qu'en naissant l'homme apportait avec lui les germes de tous les vers.

Au commencement du XIXme siècle, les vitalistes pensèrent que les vers vésiculaires étaient le produit d'une génération spontanée.

A toutes ces causes primordiales étaient jointes des causes secondaires d'origine externe, telles que l'influence de l'humidité, la privation d'air et de soleil, l'abondance, la nature végétale et la mauvaise qualité des aliments.

Aujourd'hui, toutes ces opinions ont sombré pour faire

place aux découvertes nouvelles, et l'on est maintenant entièrement fixé sur la nature de cette affection.

Nous savons en effet que les kystes hydatiques sont dus à la présence du tœnia echinococcus. Ces kystes représentent un degré spécial de développement de ce tœnia echinococcus, qui, normalement, habite l'intestin grêle du loup et surtout du chien, où on le trouve en très grand nombre.

Ce tœnia, appelé aussi tœnia nana à cause de ses petites dimensions (il ne mesure, en effet, pas plus de quatre millimètres de longueur), est formé de 4 ou 5 segments dont un représente la tête : tête cylindro-conique à rostre acuminé. Elle est couronnée d'une double rangée de crochets assez forts, au nombre de 14 ou 15 par rangée et d'une longueur de 48 à 50 μ ; enfin, en arrière de cet armement, se trouvent 4 ventouses.

Le dernier segment seul est pourvu d'organes génitaux qui contiennent un très grand nombre d'œufs ovoïdes de 27 à 30 μ. de diamètre. Ces œufs sont recouverts entièrement par une coque cornée très dure, ce qui contribue à les rendre très résistants à la désagrégation ; ils se trouvent en nombre considérable dans les fèces des chiens malades.

Comment, après avoir quitté l'intestin du chien, cet œuf peut-il venir infester l'homme ? On admet aujourd'hui deux modes de transmission : l'un direct, l'autre indirect, par l'intermédiaire soit des aliments, soit des boissons.

Dans le premier cas, la langue, les lèvres, le museau entouré de poils des chiens se trouvent être le point de départ de l'infection, car tous ces organes sont envahis par les œufs. Et cela par le fait même de l'habitude que possède cet animal, soit de se servir de sa langue pour

faire sa toilette anale, soit par cette autre habitude non moins fréquente qu'ils ont de se flairer l'anus.

Si maintenant on a l'habitude d'embrasser son chien sur le museau ; de se faire lécher par lui, de le faire coucher avec soi, en un mot, si on accorde à ces animaux une privauté exagérée, ce qui est malheureusement trop fréquent, surtout dans certains pays (Finsen ne rapporte-t-il pas que les Islandais avaient coutume de faire lécher leur vaisselle par leurs chiens, cela en constituant le seul nettoyage ?) Si, disons-nous, on vit dans une telle promiscuité avec ces animaux, il est facile de comprendre que, grâce à elle, les œufs du tœnia echinococcus arrivent, soit directement, soit par l'intermédiaire des mains à la bouche et de là dans le tube digestif.

Dans le second cas, le processus n'a plus lieu directement du chien à l'homme, mais par l'intermédiaire soit des légumes ou des fruits poussés à fleur de terre, soit de l'eau souillée par les déjections du chien.

Protégés par leur coque d'une grande dureté, les œufs résistent pendant très longtemps à la destruction; et alors, soit que l'on ingère ces légumes ou ces fruits crus et mal lavés, soit que l'on boive cette eau sans la filtrer, l'œuf du tœnia echinococcus se trouve tout naturellement porté dans les voies digestives.

Lorsque cet œuf se trouve dans l'estomac, que va-t-il se passer? Grâce à l'action du suc gastrique, cette coque, assez dure pour pouvoir résister aux influences extérieures va se laisser ramollir ; le parasite qu'il contenait va se trouver mis en liberté avec son rostre, ses crochets et ses ventouses. Cet embryon hexacanthe passe ensuite dans l'intestin.

Pour expliquer sa migration de l'intestin dans les mus-

cles, diverses théories ont été émises et, suivant les époques et les auteurs, on lui fit suivre les chemins les plus variés.

Ces voies ne sont certainement pas faciles à dépister, car, ainsi que le dit Marguet, « étant donné l'infinie petitesse de l'hexacanthe, il faudrait pour le suivre, se servir de l'examen microscopique, ce qui serait aussi insurmontable que de vouloir poursuivre, microscope à la main, un leucocyte quelconque, pris dans la circulation, dans toutes ses pérégrinations organiques. »

On peut cependant ramener à deux les principales théories émises sur la migration de l'hexacanthe.

Tout d'abord, la séduisante théorie de Baillet, en 1858, qui rapporte avoir remarqué à la surface des organes des sillons de passage et prétend, par cela même, expliquer la migration, en admettant que le T. echinococcus se fore son chemin de proche en proche en fouillant successivement les divers organes rencontrés sur sa route.

Il n'est point besoin de réfléchir très longtemps pour se rendre compte combien cette explication si séduisante soit-elle, est erronée. S'il pouvait, en effet, en être ainsi pour un faible trajet, c'est-à-dire si l'embryon ne devait se fixer qu'à peu de distance de l'intestin, comment admettre, par contre, la possibilité d'un parcours aussi long que lorsqu'il s'agit d'une localisation dans un muscle de la main, par exemple.

La seconde théorie admet la migration par voie sanguine ou lymphatique ; elle fut mise au jour bien avant que l'on fût fixé sur la véritable origine des hydatides. Cruveilhier se demandait déjà si « les éléments propres à former ces animaux ne circuleraient pas avec le chyle ».

Cobbolt dit qu'après s'être échappés de l'intestin « les embryons se dirigent dans le torrent de la circulation et,

par là, se transportent dans tous les organes de l'individu qu'ils ont choisi pour hôte ».

Davaine n'admet qu'en partie cette théorie et s'exprime ainsi : « L'embryon s'accroche à la membrane muqueuse de l'intestin, à l'aide de ses crochets ; il se fraye un passage vers les organes parenchymateux » ; puis plus loin, « l'embryon quitte l'intestin en le perforant et gagne les parties voisines soit directement, soit par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins ».

Enfin, à l'heure actuelle, la première théorie est entièrement tombée dans l'oubli, et seule celle du transport reste admise.

Voyons maintenant par quel processus se fait cette migration par voie des vaisseaux :

Une fois arrivé dans l'intestin, l'embryon en franchit la paroi et se trouve jeté soit dans la circulation porte,soit dans un chylifère.

Dans le premier cas, il progresse jusqu'au foie, organe de prédilection pour le développement des kystes hydatiques ; s'il parvient à s'en échapper par les veines sus-hépatiques, il est alors pris par les gros troncs veineux.

Dans le deuxième cas, il suit le trajet ascendant du chylifère et, par le canal thoracique, arrive dans la veine sous-clavière.

D'une façon comme de l'autre, cet embryon,après avoir suivi les gros troncs veineux, passe dans le cœur droit, de là dans le poumon, second organe de prédilection et, au cas où il ne s'y arrête pas, passe dans le cœur gauche et se trouve lancé dans la grande circulation, voie qui le conduira naturellement au système musculaire.

Arrivé dans un muscle, il se greffe sur place, perd ses crochets, se développe et donne naissance par sa partie

postérieure à une vésicule dans laquelle il s'invagine et qui une fois fermée, constitue le kyste.

A côté de cette loi qui fait intervenir la circulation sanguine et que l'on peut appeler une loi physiologique, il faut faire entrer en ligne un facteur des plus importants qui agit comme adjuvant externe d'origine physique : nous avons parlé du traumatisme.

Le traumatisme intervient de deux manières : soit par l'impulsion qu'il imprime à un kyste préexistant et inaperçu, soit comme cause d'appel et de localisation pour des germes en voie de migration.

Agissant sur un kyste déjà formé, le traumatisme en accélère le développement. Et à ce sujet n'est-il point curieux de faire un rapprochement entre cette affection et d'autres obéissant aux mêmes impulsions ?

Ne savons-nous pas, depuis longtemps, qu'un trauma peut réveiller une gomme syphilitique dont le développement avait subi un arrêt ; ne voyons-nous pas des spécifiques être atteints de gomme sur une partie traumatisée ?

Les expériences de Max Schüller n'ont-elles pas prouvé que la même influence réveillait une tuberculose latente ; celles de Tossembach sur l'ostéomyélite ne sont-elles pas aussi probantes ?

En un mot, il est avéré aujourd'hui qu'une chute ou un coup suffisent pour réveiller la virulence d'un microbe jusque-là sans effet.

Le traumatisme envisagé en tant que cause primordiale d'un kyste hydatique avait été signalé depuis déjà longtemps.

Phœbus, Bremser, Cruveilhier, Escaraguelle, Roch, Follin, Davaine avaient déjà noté l'influence des coups, chutes, coup de pied de cheval, etc...

En 1843, Klencke (de Brunschweig) fit de très intéressantes expériences concernant ce sujet : il injecta dans la veine crurale de 5 animaux du liquide contenant des ovules d'echinocoque, puis leur fit subir des traumatismes ; il obtint ainsi deux résultats positifs et vit se développer un kyste hydatique au point percuté.

Cette étude fut reprise plus tard par Tillaux, Boncour et Danlos, qui s'exprimaient ainsi : « Rien n'est plus fréquent quand on étudie le mode de développement des kystes hydatiques, que de trouver, quand on le recherche, un traumatisme violent comme point de départ de l'affection ; et j'ajoute : le kyste naît toujours au point percuté. »

A ce sujet, Villard publie diverses observations et Marguet le trouve 17 fois sur 26 recherchées.

Par quel mécanisme ce traumatisme va-t-il engendrer un kyste hydatique ? Il est certain qu'il faut comme condition essentielle que l'individu ait ingéré d'une manière ou d'une autre des embryons de tœnia.

Pour expliquer cette action, les uns invoquent l'épanchement, les autres la fluxion.

En 1878, Boncour explique l'influence du traumatisme par la formation d'un épanchement au niveau du point contusionné ; épanchement dans lequel les embryons seraient déversés de même que les globules sanguins et seraient plus tard l'origine d'un kyste remplaçant l'épanchement résorbé. Il admet aussi l'influence d'un mouvement fluxionnaire à la faveur duquel l'hexacanthe se fixerait au point traumatisé.

En 1879, Danlos, dans sa thèse, pense qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer la rupture des vaisseaux pour expliquer le développement du kyste hydatique.

Plus tard, Marguet adopta cette manière de voir, tout en attribuant à la rupture vasculaire un rôle important.

A notre avis, les deux opinions ont leur raison d'être, car il est fréquent, en clinique, de rencontrer comme antérieur à un kyste hydatique, un traumatisme ayant produit soit un épanchement, soit une congestion intense ou plutôt un mouvement fluxionnaire des parties choquées.

Nous-même, observation V, nous relevons dans les antécédents, un coup porté sur la région devenue plus tard le siège du kyste.

Il est évident qu'il ne faut pas cependant accepter l'influence du traumatisme sans réserve aucune ; car il est des cas où il n'a certainement eu aucune action sur le développement d'un kyste hydatique ; en un mot, on ne pourra invoquer son action que si la tumeur apparaît au bout d'un certain laps de temps, 6 mois après, par exemple, comme dans notre observation V.

Maintenant que nous connaissons quels sont les processus qui engendrent les kystes hydatiques musculaires ou qui favorisent leur développement, voyons quels sont leurs lieux d'élection.

Chauveau, par de nombreuses expériences, était arrivé à prouver qu'un muscle qui fonctionne reçoit une quantité de sang cinq fois plus grande qu'un muscle au repos ; ce qui faisait dire à Marguet, se basant sur la théorie physiologique qui fait des endroits les plus irrigués les lieux d'élection du T. echinococcus : « Les chances d'infection pour un muscle croissent en raison directe de son volume et du quintuple de son activité fonctionnelle. »

Si nous parcourons les diverses observations de kystes hydatiques musculaires parus depuis les origines de la connaissance de cette affection, nous trouvons que les muscles les plus souvent pris sont, en effet, les plus volumineux et ceux qui travaillent le plus, tels que les adduc-

teurs, les lombaires, le triceps crural, les fessiers, le biceps brachial, le trapèze, le deltoïde, le temporal et les masséters.

Le diaphragme n'aurait été pris que trois fois d'après Marguet ; Boyron cite, en 1870, un cas concernant les muscles intercostaux.

Marguet aurait tendance à nier l'existence des kystes hydatiques du sterno-cléïdo-mastoïdien, et cependant nous sommes en mesure d'affirmer qu'ils existent réellement, car, outre certaines observations déjà publiées, entre autres une du docteur Paul Vidal, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, nous-même en publions dans cette thèse deux cas absolument certains.

La fréquence des kystes hydatiques musculaires est assez faible ; et si l'on songe que l'embryon hexacanthe, après avoir traversé la muqueuse et pénétré dans la veine-porte, doit d'abord passer par le système capillaire du foie et celui du poumon, c'est-à-dire ses organes de choix à cause de leur irrigation, avant d'arriver aux muscles ; si l'on songe, disons-nous, à ces nombreuses causes d'arrêt, on n'est pas étonné de ne trouver qu'une proportion de deux kystes hydatiques musculaires pour cent d'après les statistiques de Marguet.

Thomas, qui a eu l'occasion d'observer une très grande quantité de kystes hydatiques en Australie, donne le pourcentage suivant basé sur 7150 cas :

Kystes	hydatiques	musculaires . . .	1,90	p. 100
—	—	épiploon et péritoine.	2,55	—
—	—	poumon.	16,41	—
—	—	foie	59,66	—

Malgré cette faible fréquence, nous verrons, lorsque nous parlerons du diagnostic, qu'en présence d'une tumeur musculaire, l'on doit toujours songer à la possibilité d'un kyste hydatique.

Le maximum de fréquence individuel s'observe de 20 à 30 ans, c'est-à-dire pendant la période la plus active de la vie ; les deux âges extrêmes observés ont été 6 ans comme minimum et 65 ans comme maximum. A l'encontre des autres kystes hydatiques, la femme est plus souvent atteinte que l'homme ; dans nos observations, sur huit cas observés, nous le rencontrons 4 fois chez la femme.

Au point de vue régional, les kystes hydatiques musculaires obéissent aux mêmes influences que l'ensemble des kystes hydatiques. Les deux contrées où cette maladie sévit le plus sont l'Islande et l'Australie. Cette fréquence, dans ces deux pays, tient au grand nombre de chiens qui s'y trouvent et au degré d'infestation de ces animaux ; les personnes les plus atteintes étant naturellement celles qui ont le plus de contact avec les chiens.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes hydatiques musculaires occupent surtout le tronc (50 fois) et les membres inférieurs (51 fois) puis les membres supérieurs (20 fois), la tête (6 fois) et le cou (3 fois), d'après les statistiques de Marguet.

Ils siègent le plus souvent au sein même des fibres qui l'enveloppent de toutes parts ; quelquefois au bord ; d'autres fois il semble comme détaché du corps musculaire et devient en grande partie sous-aponévrotique.

En grossissant, le kyste s'énuclée par le fait des contractions répétées du muscle et en émerge de plus en plus.

C'est dans le tissu conjonctif interstitiel que le germe larvaire se dépose et que l'hydatide prend naissance ; voyons donc d'abord comment sont constitués ce kyste et ces différentes parties essentielles.

Le kyste est formé par une membrane adventice, les membranes hydatiques et enfin un contenu.

La membrane adventice, ou kyste adventif, a une épaisseur de 1 à 2 millimètres ; généralement mince mais parfois épaisse et dans ce cas pas régulièrement mais par plaques. D'une couleur blanc jaunâtre ; sillonnée à sa partie externe par un réseau vasculaire très riche, cette membrane est formée de tissu fibreux lamelliforme ; par

sa partie interne elle prend petit à petit l'état embryonnaire, tandis qu'au contraire par sa surface externe elle prolifère par endroits et envoie des travées entre les faisceaux musculaires. On a observé quelquefois, mais rarement, des points de calcification siégeant sur cette face extérieure.

En se développant cette membrane adventice tend à se substituer aux tissus ambiants et s'accroît le plus habituellement d'une manière régulière et uniforme dans toutes ses parties.

Les membranes hydatiques qui constituent le kyste hydatique proprement dit sont au nombre de deux : l'une extérieure, la membrane mère ; l'autre interne, la membrane germinative.

La membrane mère, qui se trouve immédiatement en dedans du kyste adventif, est formée de lames concentriques; stratifiées, anhystes, hyalines, se recroquevillant sur la coupe ; elle a une épaisseur de 1 à 3 millimètres, est analogue à de l'albumine mal cuite. Sa conformation est absolument spéciale aux kystes hydatiques ; aussi le diagnostic est-il fixé, quand on en retrouve un lambeau dans un liquide pathologique.

En dedans de cette membrane se trouve la membrane germinative de Godsir ou membrane fertile de Robin ; elle est granuleuse et donne naissance sous forme de bourgeonnements sessiles aux vésicules formatrices des échinocoques. Cette membrane germinative peut ne pas se développer ou s'altérer, le kyste est alors stérile et on a un acéphalocyste.

Ces trois membranes servent d'enveloppe aux hydatides secondaires, au liquide hydatique et aux échinocoques.

Les hydatides secondaires sont très variables comme grosseur et comme nombre, elles ont parfois atteint un nombre fantastique, 10.000 dans un kyste hydatique des muscles de l'abdomen rapporté par Boudet (1811) ; elles sont alors aplaties, tassées les unes contre les autres comme des harengs empilés, ainsi que le disait Cruveilhier. D'autres fois, au contraire, leur quantité est très restreinte ; une seule dans un cas de kyste du deltoïde observé par Isbert et Lamballe.

Ces hydatides secondaires peuvent renfermer aussi des hydatides petites filles ainsi que des échinocoques.

L'échinocoque (εχινος, hérisson et κοκκος, grain) ressemble d'abord à une granulation blanchâtre qui fait saillie à la face interne du kyste et qui se pédiculise ; il est formé d'une tête armée de 4 ventouses et d'une double couronne de 20 à 30 crochets ; le corps est terminé par un prolongement qui fixe l'animal à la membrane germinative.

La présence de l'échinocoque dans les kystes hydatiques musculaires a été niée par certains auteurs, entre autres Ch. Robin ; opinion qui ne fut pas confirmée par la suite. Pour notre part nous l'avons trouvé dans chaque kyste hydatique musculaire qu'il nous fut donné d'observer.

Le liquide hydatique nous a paru en tous points semblable à celui des kystes hydatiques des autres organes. Il est ordinairement transparent comme de l'eau de roche ; il contient du chlorure de sodium mais pas d'albumine. La présence de l'albumine dans ce liquide indique d'après Gubler la mort des hydatides ; car pendant la vie de ces dernières elle leur sert de nourriture et serait absorbée au fur et à mesure qu'elle se produirait.

Les altérations produites par le développement du kyste sur les muscles n'ont pas très grand intérêt et se réduisent la plupart du temps à quelques lésions de voisinage ; elles se bornent, dans la plus grande partie des cas, au refoulement et à la dissociation des fibres musculaires ; d'autres fois, les fibres musculaires sont amincies.

Lorsque ces fibres s'insèrent directement sur la paroi kystique on trouve tout à fait à la limite de cette paroi les lésions de l'inflammation chronique du tissu musculaire. Les fibres musculaires sont en voie de régression, la fibrillation a disparu et les noyaux du sarcolemme prolifèrent.

En résumé, ce processus aboutit à la sclérose des fibres musculaires voisines du kyste (Marguet).

On a aussi noté la rupture par le kyste des aponévroses d'enveloppe des muscles ; ainsi que la perforation ou l'exostose des os en rapport avec la tumeur.

En définitive, l'anatomie pathologique des kystes hydatiques musculaires n'a rien de particulier ; elle se réduit à l'étude du kyste hydatique envisagé à un point de vue général ; quant aux lésions de voisinage, elles se traduisent par peu de chose.

SYMPTOMATOLOGIE

Le kyste hydatique musculaire est une affection à évolution excessivement lente, ne présentant pas d'accidents bien nets, ce qui explique la difficulté du diagnostic.

La symptomatologie de cette maladie se réduit en somme à peu de chose et aucun signe n'est véritablement pathognomonique.

C'est généralement une douleur, ou pour mieux dire une sensation de gène et de pesanteur, qui précède et annonce le développement de la tumeur ; c'est en effet le seul signe à peu près constant que nous ayons noté chez les malades que nous avons observés et dont nous publions les observations.

Parfois même on a remarqué une indolence complète et le mal ne s'est révélé que par l'existence d'une tumeur grossissant très lentement.

Plus tard, à mesure que le kyste grossit, on peut voir survenir des phénomènes douloureux ; on a même signalé à titre exceptionnel des compressions nerveuses ou vasculaires, le refoulement ou l'usure des os et même la compression de la moelle ; mais des accidents de ce genre sont excessivement rares.

En général la tumeur s'accroît peu à peu ; quelquefois elle grossit brusquement à la suite d'un choc, c'est ce

que nous avons observé chez une malade vue à l'hôpital d'Oran et dont malheureusement nous n'avons pas l'observation. Cette malade avait, paraît-il, depuis deux ans environ, une tumeur du volume d'une noisette à l'avant-bras droit, qui se développa subitement à la suite d'un choc produit par la chute d'une glace sur la partie malade, et en quelques semaines cette tumeur, que nous avons reconnu ensuite être un kyste hydatique, atteignait le volume d'une orange.

Au début, la tumeur a le volume d'un pois et elle peut même cependant grossir très vite, d'emblée, ou bien s'accroître très rapidement et cela sans causes apparentes après une période stationnaire ayant duré 10 ou 15 ans.

La grossesse et les maladies infectieuses ont parfois semblé avoir une influence notable sur la rapidité de l'évolution de kystes progressant jusque-là d'une manière presque insensible.

Cette tumeur peut parfois atteindre de grosses dimensions, atteindre par exemple le volume d'une tête de fœtus; mais en général elle ne dépasse pas celle d'une petite orange.

D'une forme ovoïde, oblongue ou arrondie, quelquefois bilobée, parfois même présentant à sa surface des petites bosselures, elle suit le muscle dans ses mouvements; mobile sur le muscle au repos, elle s'immobilise par la contraction.

Elle est presque toujours dure, rénitente, élastique; sa dureté peut cependant manquer dans quelques cas.

La fluctuation se perçoit souvent lorsqu'on la recherche; elle est profonde et cesse quand le muscle se contracte.

Marguet a noté le frémissement hydatique 5 fois sur 26;

ce que l'on sent plus souvent, c'est la crépitation amidonnée.

Enfin à noter l'urticaire, observé rarement cependant.

En somme, cette symptomatologie est des plus banales, et nous verrons dans un instant, lorsque nous nous occuperons du diagnostic, combien il est difficile d'après ces seuls symptômes de porter le diagnostic de kyste hydatique musculaire.

DIAGNOSTIC

Ainsi que nous venons de le dire dans le chapitre précédent en traitant de la symptomatologie des kystes hydatiques musculaires, aucun signe n'en est pathognomonique ; de là les difficultés que l'on rencontre lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic.

On ne pense malheureusement pas assez à cette affection, ce qui avait porté Denonvillers à énoncer ce précepte : « Toutes les fois qu'il existe une tumeur liquide non inflammatoire au milieu des fibres musculaires, songez au kyste hydatique. »

Rien n'est plus fréquent que les erreurs auxquelles expose le kyste hydatique et, en 1895, au Congrès de chirurgie, M. Reboul insistait tout particulièrement sur la difficulté de ce diagnostic.

Voyons donc avec quelles affections musculaires peuvent être confondus les kystes hydatiques et tâchons de fournir les éléments essentiels au diagnostic différentiel.

Nous devrons tout d'abord distinguer le cas où la tumeur est franchement intra-musculaire de celui où, après avoir déchiré l'aponévrose, elle est ainsi devenue périmusculaire.

Si la tumeur occupe l'intérieur du muscle, nous avons à choisir entre un kyste hydatique et une hernie mus-

culaire ou une rupture, les tumeurs solides ou liquides telles que lipome, angiome, fibrome, sarcome, carcinome, hématome, abcès et gomme syphilitique.

La hernie musculaire durcit et change de volume par la contraction ; elle durcit également sous la faradisation; tandis que le kyste hydatique se fixe par la contraction musculaire et reste insensible sous l'action du courant électrique.

Dans le cas de rupture musculaire les antécédents nous éclaireront, car c'est au moment d'une contraction musculaire que le malade aura ressenti une sensation de déchirure avec douleur aiguë ; de plus, cette douleur se réveillera toujours à l'occasion du moindre mouvement du membre atteint, d'où impotence fonctionnelle de cette partie de son individu. Il sera en outre très facile de constater une ecchymose au niveau de la lésion, ainsi qu'une encoche plus ou moins profonde.

Les tumeurs solides telles que angiome, lipome et fibrome, sont tout à fait exceptionnelles et ne doivent que faiblement préoccuper le chirurgien ; le sarcome et le carcinome sont le plus souvent des tumeurs secondaires et par cela même présentent un ensemble de caractères qui permettent de les reconnaître facilement.

Le carcinome est surtout fréquent après 45 ans ; il forme une tumeur dure, irrégulière, mal limitée et faisant corps avec les tissus. Au bout de peu de temps se forment des adhérences, et il envoie en même temps des ramifications sous forme de traînées cancéreuses qui s'insinuent entre les faisceaux musculaires.

De plus les téguments ne tardent pas à devenir épais, chagrinés, se creusant de petites dépressions ; ils deviennent violets, œdématiés, enfin s'ulcèrent et laissent échapper un pus ichoreux.

Pour le sarcome, dont la circulation est très active, on remarque une élévation locale de la température et la vascularisation apparente des tissus voisins, de la peau en particulier.

Le sarcome est arrondi, nettement limité, lobulé, mobile sous la peau. Au bout d'un temps variable la tumeur s'ulcère, la peau s'enflamme, s'amincit et livre passage à des fongosités rouges et saignantes. On constate de plus une augmentation des globules blancs du sang, jusqu'à 52,700 par millimètre cube dans un cas signalé par Hayem, alors que le chiffre normal est de 6,000.

L'hématome suppose presque toujours un traumatisme; de plus il durcit avec le temps, mais comme il arrive souvent que le kyste hydatique est dur, lui aussi, il faudra recourir alors comme unique ressource à la ponction exploratrice.

L'abcès musculaire, en dehors de celui qui succède à l'hématome, est la terminaison ordinaire de la myosite infectieuse, et comme cette dernière maladie est en général consécutive aux fièvres infectieuses graves, les commémoratifs nous mettront sur la voie.

Quant à la gomme syphilitique elle est rarement isolée; ensuite elle coexiste avec une myosite scléreuse ; affecte plus volontiers certains muscles tels que le sterno-cleïdomastoïdien ; enfin en dernière ressource, on verra si le traitement spécifique a une action sur la tumeur.

Si maintenant la tumeur a perforé son aponévrose pour devenir périmusculaire , le diagnostic sera alors très difficile, car il sera possible de la confondre avec toutes les autres tumeurs du tissu-cellulaire sous-cutané, qui celles-là sont nombreuses, et j'ajouterai même que si le kyste n'a pas atteint un certain volume mettant en relief

les quelques caractères qui peuvent lui être considérés comme propres, le seul moyen de diagnostic sera la ponction exploratrice.

Lorsque le kyste hydatique sera ainsi devenu périmusculaire, nous aurons à craindre surtout la confusion avec le kyste congénital, le lipome, l'abcès froid, l'hématome et le sarcome.

Dans le cas de kyste congénital surtout, le diagnostic sera très difficile à établir, car ce qui le distingue surtout du kyste hydatique, c'est son siège, qui a une prédominance marquée pour la face, le cou et le pourtour de l'orbite. Là encore le plus souvent la ponction exploratrice sera le moyen héroïque à employer pour avoir un diagnostic ferme.

Si le kyste présente une grande dureté, la ponction seule pourra éviter de le faire passer pour un lipome.

Dans le cas d'abcès il faut toujours se rappeler que l'on peut avoir affaire à un abcès idiopathique ou à un symptomatique.

S'il rentre dans la première catégorie, une fois arrivé à la période de ramollissement, il présente toujours un bourrelet d'induration circonférencielle, qui est pathognomonique.

S'il rentre dans la seconde, l'existence de la lésion osseuse et sa découverte constitueront un excellent signe.

Pour l'hématome, mêmes considérations que s'il s'agissait d'un hématome intra-musculaire ; de même pour le sarcome.

En résumé nous voyons combien, étant donnée une tumeur musculaire, il est diffficile de reconnaître si l'on à affaire à un kyste hydatique. C'est en raison même de cette difficulté que l'on devra toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'existence d'un kyste, et s'attacher le plus

possible à observer les symptômes et les commémoratifs dans leurs plus infimes détails. Et surtout ne jamais hésiter, en cas d'indécision, à recourir à la ponction exploratrice qui, aseptiquement faite, offre le miminum de danger et suffit en une seconde à porter un diagnostic précis.

PRONOSTIC

Le pronostic de cette sorte d'affection est ordinairement des plus bénins, à part quelques localisations exceptionnelles, comme la compression de la moelle épinière, signalée par Bellencontre dans sa thèse de doctorat en 1876.

On a aussi souvent accusé la suppuration ; mais, somme toute, elle acquiert rarement une grande gravité.

On signale également quelques abcès apparaissant 5 ou 6 ans, et même quelquefois plus, après la cicatrisation des kystes, et déterminant l'expulsion des débris du kyste adventif, des tumeurs développées sur la cicatrice du kyste guéri, ainsi que quelques récidives du kyste lui-même.

Mais tous ces faits sont absolument exceptionnels et on peut dire que le pronostic ne laisse place à aucune considération intéressante.

TRAITEMENT

A une certaine époque, on traitait les kystes hydatiques en général d'une manière médicale en administrant aux malades certaines drogues réputées toxiques pour le parasite, tel que l'iodure de potassium, qui devait agir en pénétrant dans le sang ; mais les expériences de Hawkins démontrèrent que ce médicament ne pénétrait pas dans le liquide du kyste.

On renonça bientôt à cette méthode pour s'adresser à la chirurgie, et on eut alors recours aux ponctions suivies ou non d'injections de liquides antiseptiques.

Enfin, de nos jours, la méthode de choix consiste dans l'extirpation totale, dont Delpech et Giraldès furent les promoteurs.

Si la poche ne peut être enlevée d'une seule pièce, il faut avoir soin de passer la curette dans tous les culs-de-sac afin de ne point laisser de débris de la membrane germinative. Sans quoi on risquerait d'avoir une fistule, comme dans nos observations V et VIII, ou bien encore en cas de cicatrisation il pourrait y avoir une récidive au bout d'un temps plus ou moins long.

L'extirpation totale est la méthode que nous avons presque toujours vu employer, et si elle est pratiquée avec soin, la guérison ne se fait point attendre.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Kyste hydatique du grand pectoral droit

Pierre M..., 38 ans, berger; fièvre typhoïde à 20 ans. Depuis un an, douleur sourde dans la région sous-claviculaire droite. Le docteur Cambacède trouve une tumeur profonde du volume d'une mandarine et fait appliquer (croyant à une adénite chronique) une pommade à l'iodure de potassium (mai 1891).

La tumeur ne diminue pas de volume et, peut-être sous l'influence du massage fait pour appliquer la pommade, devient plus douloureuse.

Le 6 juin 1891, le malade est vu par MM. Cambacède et Tédenat; il est de bonne santé générale. A la palpation, il est trouvé une tumeur arrondie, dure, sans fluctuation ni rénitence vraie : faisant saillie au-dessus de la clavicule dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral. En pressant le grand pectoral entre deux doigts, l'un dans l'aisselle, l'autre sur sa face antérieure, on sent que la tumeur fait corps avec le grand pectoral; mobile quand il est relâché, elle se fixe d'une façon relative, mais nette quand il se contracte.

Le jour même, opération. Incision légèrement oblique en bas et en dehors dans le sens des fibres du grand pectoral, qui sont séparées et non coupées. Elle correspond à la partie moyenne de la tumeur et passe à deux centimètres environ du bord externe du grand pectoral.

La tumeur apparaît blanche, grise ; à petits coups de ciseaux et au ras de la tumeur les fibres musculaires sont sectionnées, car beaucoup s'attachent à elle. C'est un kyste transparent de neuf centimètres de diamètre, contenant un liquide clair et cinq vésicules libres.

Suture et petit drain. Guérison complète le 20 juin.

Les douleurs irradiées à l'avant-bras et à la main au cours de certains mouvements devaient tenir à la compression du plexus brachial par la tumeur.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Kyste hydatique du muscle iliaque

Jacques P.-R..., 29 ans, garde-chasse.

Depuis deux ans, vagues douleurs dans la fosse iliaque gauche, plus vives après la marche, irradiant souvent à la face interne de la cuisse jusqu'au genou. Les douleurs, fort vives, ont augmenté d'intensité depuis quatre ou cinq mois, et elles obligent le malade à un repos relatif.

Le 5 mai 1896, bonne santé générale. On sent une tumeur du volume d'une orange, lisse, dure, sphérique. Elle est placée au niveau de l'extrémité supérieure (tiers supérieur) de l'arcade, mobile dans le sens transversal. Elle se fixe à peu près complètement quand on provoque

la contraction du psoas iliaque. C'est une tumeur intra-musculaire et du muscle iliaque.

Le 9 mai, incision au ras de l'arcade, décollement du péritoine. On arrive sur la tumeur, d'un gris blanc avec des plaques jaunes. M. Tédenat, craignant de blesser les nerfs du plexus lombaire en contact avec la partie interne de la tumeur, l'incise d'un coup de ciseaux, après avoir disposé de la gaze autour d'elle. Il s'écoule beaucoup de vésicules et peu de liquide. Curage de la poche, où est tassée de la gaze iodoformée.

Deux points de suture de l'incision pariétale, avec une ouverture laissée pour l'issue de la gaze.

Le 14 mai, la gaze est enlevée ; pas de pus, pas de fièvre et guérison complète le 19.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Kyste hydatique de la partie moyenne du biceps huméral droit

Léonce D.. , 43 ans, terrassier.

Rien à noter dans ses antécédents.

Il y a sept à huit mois, vague douleur dans le bras, surtout dans les mouvements avec effort de flexion de l'avant-bras.

Un médecin conseilla des massages contre ce prétendu rhumatisme musculaire. Lors d'une séance de massage, le malade sentit dans la partie moyenne du biceps une tumeur ronde que le massage rendait douloureuse. Elle a doublé de volume depuis lors.

Le 23 décembre 1900, bonne santé générale. Les deux

biceps droit et gauche sont bien développés et à peu près de même force. Le malade est droitier. Dans la partie moyenne du biceps droit, tumeur du volume d'une grosse noix, arrondie, lisse, d'une dureté ligneuse, mobile transversalement, fixe longitudinalement. Quand on provoque la contraction du biceps, la tumeur devient moins nette et comme perdue dans le corps musculaire.

Fibrome ou kyste, dit M. Tédenat.

Le 25 décembre, extirpation de la poche, sur laquelle s'insèrent des fibres musculaires. Nombreuses vésicules libres. Réunion immédiate, et le malade quitte Montpellier le 5 janvier 1901, entièrement guéri.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Martin et recueillie par lui dans le service de M. le professeur Tédenat)

Kyste hydatique du sterno-cléïdo-mastoïdien

Le nommé V... F.. , âgé de 40 ans, journalier et domicilié à Montpellier, entre, le 16 novembre 1903, au n° 14 de la salle Bouisson.

Nous ne relevons rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

C'est un sujet rachitique et lymphatique ayant souvent présenté des adénites cervicales dans son jeune âge.

Le malade nous dit avoir eu une blennorrhagie à 30 ans ; puis une hémiplégie d'origine probablement spécifique, il y a une dizaine d'années, hémiplégie aujourd'hui guérie.

Il y a 19 ans, le malade a remarqué dans la région

latérale gauche du cou le développement d'une tumeur indolore. Cette tumeur a insensiblement grossi, mais sans jamais le faire souffrir. Ces temps-ci seulement il a éprouvé à ce niveau une sorte de gêne, de raideur du cou qui l'a décidé à venir demander une intervention chirurgicale.

On constate, à l'examen, la présence d'une tumeur située un peu au-dessous et en arrière de l'angle du maxillaire gauche ; cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule environ, très dure, est recouverte par de la peau normale. Elle n'est pas douloureuse à la pression, la peau est mobile sur elle, et elle, mobile sur les plans sous-jacents ; cependant, les mouvements de haut en bas paraissent limités par une bride lâche la fixant en haut.

A l'auscultation du cœur et des poumons, on ne trouve rien d'anormal.

Le diagnostic est difficile ; on pense à la possibilité d'une adénite, d'un kyste brachial..... mais sans pouvoir préciser d'une façon ferme.

Opération le 27 novembre. — Incision sur la tumeur ; on ouvre la gaine du sterno-cléido-mastoïdien et l'on aperçoit la tumeur recouverte de quelques fibres musculaires.

Elle est d'un beau blanc nacré ; en cherchant à l'énucléer, sa paroi se rompt et il s'échappe un liquide très clair et une vésicule hydatique grosse comme une bille d'enfant et blanchâtre.

La membrane kystique, présentant la stratification caractéristique du kyste hydatique, est facilement énucléée. En cherchant à en faire de même pour la membrane périkystique qui est épaissie, on ouvre un gros vaisseau veineux et deux pinces sont laissées à demeure pour assurer son hémostase.

Suture au crin après drainage de la cavité par une mèche de gaze.

Le diagnostic est évident maintenant : cette tumeur était un kyste hydatique développé dans le sterno-cléido mastoïdien.

Les suites opératoires ont été normales, mais il a persisté une petite fistule par laquelle s'écoule un peu de pus à la partie inférieure de la cicatrice.

Le 5 février, le stylet introduit par la fistule montre l'existence d'une poche constituée sans doute par des restes de la membrane péri-kystique ; le stylet pénètre de 1 cent. 1/2 environ.

Le malade nous a raconté de lui-même que depuis son enfance il avait constamment habité avec des chiens.

Observation V

Personnelle. — Recueillie dans le service de M. le docteur Rey, à Mustapha (Kyste hydatique de la paroi abdominale).

La nommée Hamina bent Ali, âgée de 55 ans environ, entre le 6 avril 1903, au n° 31 de la salle Andral, dans le service de M. le docteur Rey.

Au point de vue de ses antécédents héréditaires, nous ne pouvons obtenir de renseignements intéressants ; son père et sa mère sont morts, il y a une dizaine d'années, d'affections indéterminées.

Cette femme, d'une constitution solide, porte néanmoins beaucoup plus que son âge, elle ne se rappelle point avoir été malade ; cependant après un interrogatoire minutieux, on arrive à lui faire dire, qu'il y a une quinzaine d'années, elle aurait eu des boutons sur le

corps ainsi que mal à la gorge ; d'où l'on conclue à une syphilis presque certaine.

Il y a quatre ans, elle aurait reçu un coup de pied de mulet dans le ventre, et six mois après, elle remarquait l'existence d'une tumeur développée au point traumatisé. Tumeur sensible dès que la malade faisait le moindre effort.

A l'examen de la malade, voici ce que l'on trouve :

Dans le flanc droit siège une tumeur qui forme sous la peau une voussure grosse comme une orange, molle, mais non fluctuante et irréductible. Elle est accompagnée de deux autres tumeurs de même nature grosses comme un œuf, dont l'une est située à 3 cent. au-dessus de l'anneau inguinal droit, et l'autre à la limite de l'hypocondre droit et de l'épigastre.

Particularité des plus intéressantes, c'est que lorsque l'on déprime une de ces tumeurs, surtout la grosse du flanc droit, les deux autres deviennent turgescentes.

A l'auscultation des poumons, on trouve de la matité à droite ainsi que quelques craquements. Au cœur, rien d'anormal.

Le diagnostic est excessivement embarrassant, et l'on songe à un abcès froid ou à une hernie épiploïque, mais l'idée ne vient pas que l'on puisse avoir affaire à un kyste hydatique.

Opération le 10 avril. — Après anesthésie à l'éther, on incise directement sur la plus grosse tumeur ; après dissection de cette tumeur on voit qu'elle est mamelonnée et que sa paroi est très fixe ; à ce moment on est très porté à croire que l'on a affaire à une hernie épiploïque malgré l'irréductibilité.

Mais un accident de dissection fait une boutonnière à la tumeur et la plaie opératoire est inondée de pus café

au lait, dans lequel baignent des membranes et des vésicules entières. Immédiatement après cet accident, on constate l'affaissement des deux tumeurs accessoires.

On vide complètement la poche de son contenu, évalué à un litre environ ; on lave la cavité avec une solution au sublimé à 1/1000. On marsupialise la poche au niveau de la plaie, on fait une contre-ouverture à chaque poche accessoire que l'on draine par 2 gros drains en caoutchouc.

Nous avons l'occasion de revoir la malade quelque temps après l'opération, et nous constatons un écoulement semi-fluide dans lequel nous trouvons des crochets à l'examen microscopique.

Il est question d'ouvrir le tout très largement et de cureter, mais la malade s'y oppose et sort de l'hôpital le 30 avril.

Il est évident que nous avions affaire à un kyste hydatique intramusculaire de la paroi abdominale avec deux diverticules plus petits, mais l'opération seule fit porter le diagnostic exact.

Observation VI

(Personnelle. — Recueillie dans le service de M. le docteur Denis, à Mustapha).

Kyste hydatique de la cuisse.

La nommée Marie A..., âgée de 11 ans, entre à la salle Bichat le 23 juillet 1902.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou dans ses antécédents personnels.

Il y a cinq mois, la malade s'aperçut de l'existence, à la partie antérieure de la cuisse gauche, d'une petite tu-

meur de la grosseur d'une noix. Celle-ci augmenta rapidement de volume et devint à ce point douloureuse qu'elle rendit la marche presque impossible.

A l'examen, on constate à la partie antéro-externe de la cuisse la présence d'une tumeur rénitente, de forme oblongue, s'étendant de deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale jusqu'au milieu de la cuisse. Elle est située en dehors de la ligne des vaisseaux et ne présente ni pulsations isochrones au pouls radial, ni bruit de souffle, ni thrill.

Ses limites sont nettes, bien arrondies, elle est presque indolente à la pression.

Après l'examen, le diagnostic de kyste d'origine probablement hydatique est porté.

L'examen du sang est fait et donne comme résultats :

Globules rouges, 3.286.620. — Globules blancs, 9,835.

Polynucléaires, 80 p. 100.
Mononucléaires, 12 p. 100.
Lymphocytes, 6 p. 100.
Eosinophyles, 3 p. 100.

Opération le 30 juillet. — Après incision de la peau, de l'aponévrose et d'une couche musculaire épaisse d'un centimètre environ, on tombe sur une poche kystique de laquelle s'échappe un liquide louche et une grande quantité de vésicules-filles.

On extirpe entièrement le kyste adventif et la malade sort guérie le 17 août.

Observation VII

(Personnelle.— Recueillie dans le service de M. le docteur Rey, à Mustapha)
Kyste hydatique du sterno-cléido-mastoïdien

La nommée Marie G..., âgée de 30 ans, née en Algérie, entre le 20 janvier 1903 dans le service de M. le docteur Rey.

Au point de vue de ses antécédents héréditaires, nous apprenons que son père est mort, il y a 5 ans, d'une affection de poitrine et que sa mère est bien portante.

La malade n'a jamais eu de maladies depuis sa naissance, si ce n'est la grippe, il y a 3 ans. Il y a deux ans, elle a remarqué, à la partie droite du cou, l'existence d'une grosseur ayant le volume d'un pois ; depuis, cette grosseur s'est accrue insensiblement jusqu'à ce jour, et la malade se plaint surtout de gêne plutôt que de douleurs qui, paraît-il, sont insignifiantes.

A l'examen, on constate dans l'intérieur même du sterno, l'existence d'une tumeur grosse comme une noix, d'une très grande dureté, rénitente et non fluctuante ; elle est à peine mobilisée par la main et ne semble pas avoir de diverticules. Au dessus de cette tumeur, la peau est normale et après un examen attentif, le docteur Rey pense à l'existence d'un kyste hydatique du sterno-cléido mastoïdien.

Opération le 25 janvier. — Après anesthésie à l'éther, on incise directement sur la tumeur ; après avoir sectionné l'aponévrose et écarté les fibres musculaires du sterno, on tombe sur une poche d'un blanc nacré qu'il est possible de disséquer entièrement et d'enlever sans la rompre.

On constate que cette poche n'est autre qu'un kyste hydatique rempli de vésicules et de liquide eau de roche.

Après lavage au sublimé à 1 p. 1000 de la plaie et suture, la malade sort entièrement guérie le 8 mars.

Observation VIII

(Personnelle)

Recueillie à la consultation de la ville d'Alger

Kyste hydatique du long supinateur droit

La nommée Catherine Ca..., 32 ans, ménagère, née en Italie, se présente le 2 octobre 1903 à la consultation de la ville, où nous remplissions les fonctions d'interne.

Elle vient nous consulter pour une tumeur douloureuse de la grosseur d'une noix siégeant à la face externe de l'avant-bras droit.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de bien intéressant.

Au point de vue des antécédents personnels on remarque que la malade est d'une constitution forte; elle déclare n'avoir eu comme maladie qu'une rougeole à l'âge de 8 ans; réglée à 13 ans, elle se rappelle avoir eu les premières années quelques irrégularités.

Il y a près de 5 ans, son attention fut attirée par le développement d'une grosseur qui, sans occasionner de douleur franche, procurait néanmoins une gêne notable dans les mouvements de l'avant-bras, le siège de la tumeur étant du reste exposé à tous les frottements.

Du volume d'un pois au début et très dure, la tumeur grossit visiblement. La malade appliqua à cette époque quelques onguents qui ne produisirent aucun effet. Bref,

devant ce développement croissant de la tumeur et inquiète, elle se décida à venir à la consultation.

A l'examen, fait avec M. le docteur Brenta, nous trouvons à l'avant bras droit, dans le tiers supérieur du long supinateur, une tumeur ovoïde à grand axe vertical, faisant saillie sous la peau qui ne présente aucune modification, ni vascularisation, ni coloration anormales ; elle n'a contracté aucune adhérence avec la tumeur, qui paraît située au-dessous du tissu sous-cutané en rapport avec le muscle long supinateur.

Cette tumeur semble fluctuante au centre, douloureuse à la pression, rénitente. Nous conseillons à cette femme de recourir à une opération qui la débarrasserait de ce que nous supposons être un lipome. Toutefois, autant pour permettre à cette malade qui recule devant une opération que pour l'observer plus attentivement une seconde fois, nous lui conseillons de revenir le lendemain.

Ne la voyant pas revenir, nous pensâmes que l'appréhension de l'opération l'avait décidée à remettre à plus tard le traitement de sa tumeur, lorsqu'au bout de trois semaines environ, nous la vîmes revenir à la consultation, le bras enveloppé d'un pansement. Elle nous déclara qu'ayant été trouver un médecin de la ville, ce médecin avait ponctionné la tumeur depuis plus de 15 jours.

Nous défîmes le pansement, et à l'endroit où siégeait la grosseur, nous constatons un affaissement ou plutôt un plissement de la région. La poche de la tumeur a été vidée, ponctionnée, mais il s'est produit une fistule donnant issue à un liquide purulent.

Voyant cela, nous la dirigeâmes sur l'hôpital de Mustapha, où elle fut opérée le 30 octobre, opération qui consista à ouvrir largement, puis à cureter ; opération pendant laquelle on trouva quelques vésicules, ainsi que des

crochets dans le liquide soumis à l'examen microscopique.

Nous avions donc affaire à un kyste hydatique.

Après grattage complet de la poche, lavage antiseptique et drainage, la plaie se cicatrisa rapidement, et nous avons appris, par la suite, que la malade était sortie guérie le 15 novembre.

CONCLUSIONS

Etant donné le nombre restreint d'observations que nous apportons comme contribution à l'étude d'une maladie déjà très étudiée, nous ne voulons pas conclure catégoriquement sur des questions de détail.

Nous sommes cependant autorisé à affirmer que les kystes hydatiques musculaires existent réellement ; que la propagation du T. echinococcus se fait surtout par voie sanguine, et qu'enfin, sans cependant exagérer le rôle du traumatisme, il faut pourtant lui accorder une influence prédominante en certains cas, par exemple chez notre malade de l'observation V.

C'est une affection rare, il est vrai, dont la symptomatologie est vague ; la dureté de la tumeur en est le seul signe presque constant ; et cependant, en présence d'une tumeur musculaire, il faudra toujours y penser. Le diagnostic en est délicat, mais en dernière ressource, la ponction exploratrice nous évitera de commettre une erreur.

Le pronostic reste bénin et le traitement de choix sera toujours l'extirpation totale suivie de curetage de la cavité si la poche a été rompue pendant sa dissection et que l'on puisse supposer qu'il reste au fond de la plaie quelques fragments de membrane.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Audiat (C.-M.). — Des kystes hydatiques des muscles. — Paris, thèse méd. 1886-87.

Marguet (E.). — Kystes hydatiques des muscles volontaires, histoire naturelle et clinique. — Paris, th. méd., 1887-88.

Lannelongue. — Kyste hydat. des muscles de la cuisse. — Bullet. Société de chirurgie, 1888, t. xiv, 117-119.

Ball (C.-B.). — Hydatid. cyst. of the deltoïd muscle.— Dublin, Journal M., de 1888.

Villard (H.). — Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire. — Paris, th. méd., 1890-91.

Coupry (G.). — Kystes hydatiques de la région cervicale. — Lyon, th. méd., 1891-92.

Tédenat. — Kyste hydatique des muscles de la masse commune. — N. Montpellier-Méd., 1892, I, 6-13.

Heye (J.). — Ein Bertrag. zur lehre van Muskel Echinococcus. — Inaug. Diss., Berlin, 1894.

Ripault (H.). — Kyste hydatique sous-tendineux du droit interne. — France-Méd., Paris, 1895, t. xlii, 67.

Reboul (J.). — Sur quelques cas de kystes hydatiques des muscles. — Associat. franc. de chirurgie, Paris, 1895, viii, 199-202.

Valeggio (T.). — Cisti da echinococco nei muscoli. — Gaz. d osp., Milano, 1896, xvii, 453-455.

Amato (F.). — Due casi di cisti da echinococco nei muscoli. — Arch. internaz. de med. e chir. Naples, 1896, xii, 212-215.

(1) Pour la bibliographie antérieure à l'année 1888, consulter la thèse de Marguet, dans laquelle elle se trouve au complet.

HORDER (T.-J.). — Hydatid disease of muscles of arm — St. Barth. Hosp. Rep., Londres, 1897, XXXII, 187.

BAÏETTA (B.). — Sopra un caso di echinococco musculare. — Gaz. d. osp. Milano, 1898, XIX, 33-35.

ROCHE (F.). — Kystes hydatiques musculaires — Marseille-Méd., 1898, XXXV, 705-709.

COSTA (L.). — Tratamiento de los quistes hidaticos musculares. — Semanes méd., Buenos-Aires, 1900, VII, 541-542.

VERNET (L.). — Un cas de kyste hydatique d'un adducteur. — Marseille-Méd., 1901, XXXVIII, 176-180.

Traité de chirurgie de A. Le Dentu et P. Delbet, t. I.

Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. I.

Traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, t. III.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 1er mars 1904
Le Recteur,
BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 1er mars 1904
Le Doyen,
MAIRET.

MONTPELLIER. — IMP.-LITH. G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI. — 1078-3.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !